

## Sobre un caso de tabes

Por el Dr. ERNESTO ODRIÓZOLA

Profesor de Clínica Médica en la Facultad de Medicina

**H**oy vamos, Señores, a ocuparnos de un caso muy singular, que en el curso de su dolencia, poco accidentada, por lo demás, ha surgido un accidente raro y casi dramático, que lo obligó a ingresar en el hospital.

Si nosotros contempláramos ese accidente, en su condición abstracta, digamos así, desestimando el punto de vista de sus proyecciones retrospectivas, en lo que atañe a su causalidad, cometeríamos un error nosológico grave, cuya influencia se dejaría sentir en el porvenir de este sujeto y falsearía la legítima interpretación de su patogenia.

El asunto, sin que creamos necesario entregarlo a los embates de una controversia reñida, es digno de interesantes desenvolvimientos clínicos, toda vez que existen otros fenómenos que aclaran la índole del proceso y ponen una nota significativa en su naturaleza.

El enfermo ocupa la cama N.º 16. Es natural de Cajamarca, de 36 años de edad y de profesión tipógrafo. Entró a esta sala el 6 del presente mes (Mayo de 1915).

Refiere este enfermo que sus padres fueron personas sanas; murieron hace algún tiempo: la madre a consecuencia de unos cólicos y el padre de «consunción», por causa de una «demencia».

Ha tenido seis hermanos, de los cuales tres han muerto, ignorando la causa.

Este enfermo, como casi la totalidad de los que acuden a este hospital, es un aficionado al alcohol.

Este sujeto ha sido sano hasta hacen 10 o 12 años. En esa época fué acometido por un dolor de la articulación de la rodilla izquier-

da, sin tumefacción ni fiebre. Este accidente duró diez o doce días y le imposibilitó la marcha.

A los dos años de esto, vió aparecer en la región inguinal izquierda, una *adenitis* que logró supurar y que hubo que abrirla, cicatrizando después, sin mayor tropiezo. Al cabo de corto tiempo contrajo un *chancro blando*, según él, que fué curado por un farmacéutico. No ha dejado huella alguna.

Hacen dos años más o menos, cuenta que levantándose una mañana, para concurrir, como de costumbre, a sus labores, sintió que se le *desviaba* el ojo derecho y notó que los objetos los veía *dobles*. Este fenómeno desapareció al día siguiente, para repetirse de nuevo, pero ya sin volver a la condición normal. Conjuntamente casi, y no acierta a saber si por causa de este síntoma o porque para atender debidamente a su trabajo, se veía obligado a cerrar ese ojo, lo positivo es que el párpado superior de ese lado, comenzó a *descolgarse* y llegó a caer de una manera *casi completa*, como lo ven ustedes ahora.

Al mismo tiempo que estas perturbaciones, se iniciaron *desórdenes sensitivos*, como *comezones, hormigueos, adormecimientos, punzadas* etc. etc. en los miembros inferiores y aún en el superior izquierdo.

También han aparecido en este hombre, manchas *vítiliginosas* desde hacen muchos años, que se han diseminado por el tronco.

Apesar del carácter mortificante de estos trastornos, este hombre, que debe tener un espíritu muy sosegado, no se dejó impresionar por ellos. antes los miró con desdén y continuó impasible sus tareas, acomodándose resignadamente a una situación tan estorboosa, sin tocar las puertas de un profesional que la remediara.

El 5 de este mes, encaminándose, como de costumbre, a sus labores, fué sorprendido por un *dolor súbito*, al nivel de la *cresta iliaca* del lado izquierdo, que le hizo la marcha imposible. En esta condición se decidió a entrar al hospital.

Lo que más resaltaba en la apariencia de este enfermo, el día de su exámen, era el trastorno ostensible de sus ojos. El párpado superior del lado derecho estaba casi completamente *caído*, el ojo *desviado* hacia afuera e *inmovilizado* en esa posición. No podía en efecto dirigirlo hacia adentro, ni hacia arriba ni hacia abajo. La pupila está *enormemente dilatada* y no reacciona ni bajo la influencia de la luz ni de la acomodación. Igual cosa acontece con el ojo izquierdo, cuyo párpado también está *ligeramente caído, estrábico* igualmente hacia afuera, con su pupila *dilatada e inmóvil*. Este estrabismo *divergente* imprime a la mirada ese aspecto que se ha denominado «ojos de langostas».

Para conseguir datos completos de estos desórdenes, rogamos al Dr. DAMMERT que nos prestara el auxilio de su especialidad, para conocer todos los detalles. El ha confirmado lo que acabamos de exponer, insistiendo en que los músculos rectos, superior e interno, *no funcionan*, de manera que el ojo es arrastrado por el recto externo que permanece *ilesa*. Esto se comprueba en ambos ojos. De esto se infiere que hay una *parálisis* del III par, que es el que inerva los músculos interesados.

Señala además el Dr. DAMMERT, que la visión lejana del ojo izquierdo es normal; la del derecho está disminuída. Pero la visión próxima de los objetos, que para efectuarse necesita poner en juego la acomodación, está *muy comprometida*; sólo con lunas convergentes de cerca de 4 dioptrías llega al límite de la escala. Esto se debe, dice el Dr. DAMMERT, a que el músculo ciliar, que preside la acomodación, así como el esfínter del iris, inervados por las ramas profundas del motor ocular común, están *paralizados*. Este último síntoma se denomina *oftalmoplegia interna*, que unida a la *externa*, antes mencionada, constituye la *oftalmoplegia mixta*.

Para ser *total*, los músculos oblicuos deberían también estar paralizados, cosa que en el enfermo *no existe*, pues se notan aún pequeños movimientos de rotación hacia adentro y abajo, debidos al oblicuo mayor, inervado por el patético.

El hecho de que el párpado superior izquierdo funcione y que algunos músculos, no estén del todo paralizados, no debe llamar la atención, pues a menudo estas parálisis son *disociadas*, es decir que todos los músculos inervados por un mismo nervio *no están igualmente* comprometidos.

Las pupilas, ya hemos dicho, *no reaccionan* ni a la luz ni a la convergencia.

Como el ojo derecho está casi cubierto por el párpado, hace sólo uso del izquierdo y como este está dirigido hacia afuera, verifica una rotación de la cabeza hacia la derecha, para poder entonces dirigir la visual hacia los objetos que están delante de él.

El Dr. DAMMERT señala además que el fondo del ojo izquierdo es *normal*: papila, vasos de la retina y coroides no presentan alteración. El derecho ostenta la papila *mas pálida* que la del izquierdo, sin que haya otra alteración digna de mencionarse.

El movimiento *paralítico*, en ambos fondos del ojo, dá resultados normales; de modo que no hay el menor *edema* de las papilas, pues además sus bordes están perfectamente definidos.

Este prolijo e interesante exámen del Dr. DAMMERT, da una *idea* completa de todos los trastornos oculares que existen actualmente en este enfermo.

El día que entró al hospital, a causa del *accidente* que ustedes conocen, no dejó de causar sorpresa el hecho de que se pudo comprobar una *fractura* del *hueso iliaco* en el lugar en que había sentido el dolor. Había en efecto una *crepitación* muy manifiesta, producida por un *fragmento* del hueso del tamaño de unos seis centímetros de largo por otros tantos de ancho, poco más o menos, dando la impresión como si el hueso desde su cresta, hubiera sido desportillado en esa extensión y en la confluencia del tercio anterior con los dos tercios posteriores. Se trataba pues de una *fractura espontánea*, realmente *muy original*, por su localización.

No debemos olvidar que este enfermo ha sufrido y sufre todavía, de trastornos *sensitivos* en los miembros inferiores, caracterizados por *punzadas*, *hormigueos*, *adormecimientos*, que comprometen también el miembro superior izquierdo.

Sus *reflejos patelares* están *muy disminuidos*. El *plantar* existe, pero sin su reacción normal de defensa.

La sensibilidad al *tacto* y al *dolor* están también *disminuidos* y asoman ya desórdenes *vesicales*.

El examen de la orina, no ha demostrado particularidad alguna digna de anotarse. Se le practicó una *punción lumbar* y el líquido presenta una *marcada linfocitosis*.

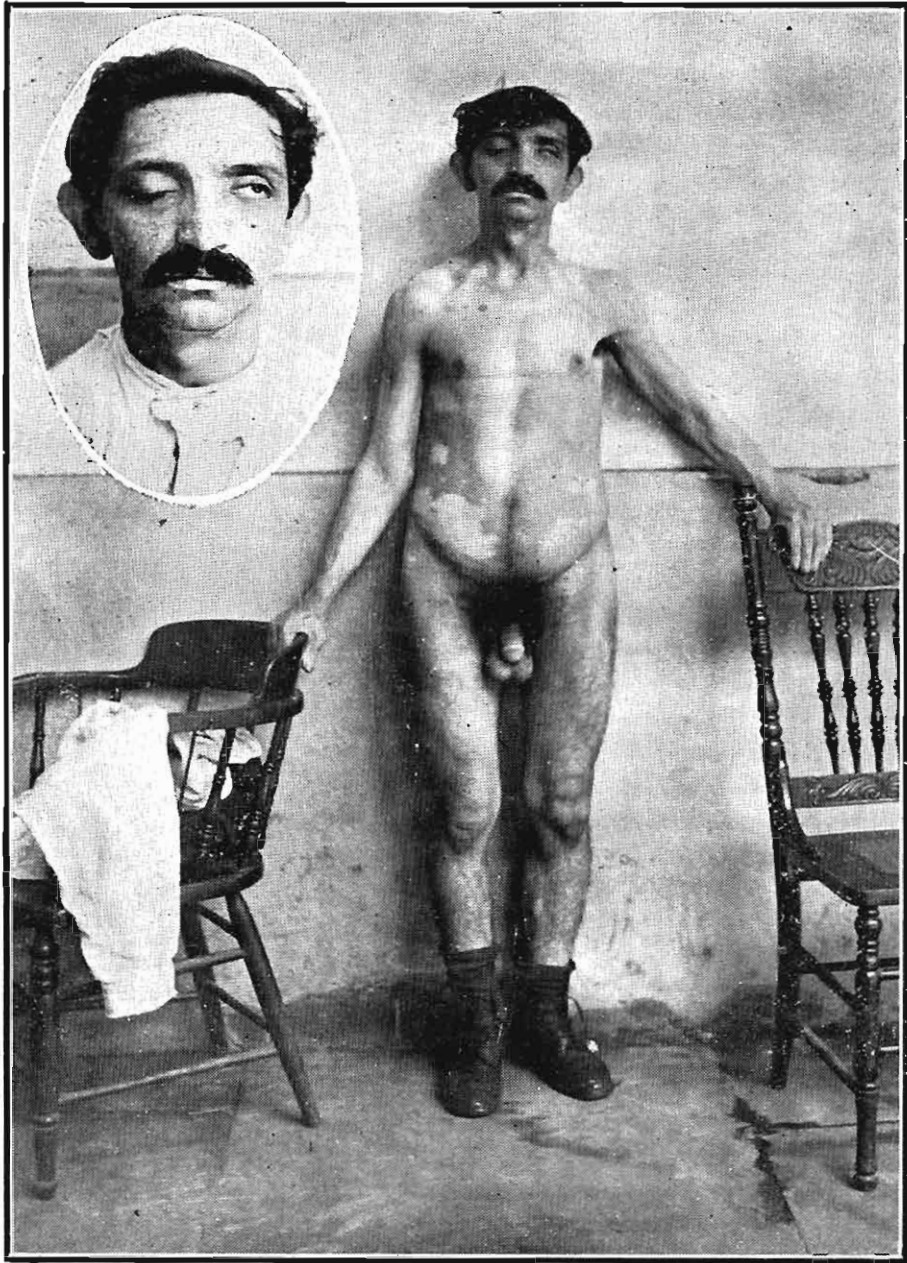
La reacción de WASSERMANN ha sido *positiva*.

El examen de los demás aparatos y órganos no ofrece particularidad alguna digna de historiar.

El diagnóstico *etiológico* que se deriva de las consideraciones apuntadas, no parece muy difícil, si se tienen en cuenta que contrajo un *chancro* hacen ocho años, poco más o menos y que hacen tres aproximadamente, fué atacado por los trastornos *oculares* que han llegado a la condición en que hoy se encuentran. Bien sabido es, y ustedes no deben olvidarlo, que las *parálisis oculares* que se desarrollan de esa suerte, son en la inmensa mayoría de casos, de origen *sifilitico*. La existencia de esta infección, está, en este hombre, demostrada, por la reacción de WASSERMANN *positiva* y por la *linfocitosis* comprobada en el líquido céfalo-raquídeo.

No hay sino la *sífilis* en efecto, capaz de producir esas parálisis *disociadas* y esa fineza localizadora se marca en muchos casos, con una precisión verdaderamente ideal. *Contadas* fibras nerviosas son atacadas algunas veces, comprometiendo un pequeño grupo de *músculos* o tan sólo uno.

Pero en nuestro enfermo, las cosas no sólo se han limitado a las *parálisis oculares*, sino como ustedes recuerdan, ha presentado *desórdenes* de la *sensibilidad* de los miembros inferiores y aún del superior izquierdo, *disminución considerable* de los reflejos patelares,



*desaparición de la reacción normal de los reflejos plantares.* Entre los trastornos sensitivos, este hombre presenta ya algo así como un proyecto de *dolores fulgurantes*, en los miembros inferiores, de manera que todos estos hechos nos autorizan para pensar que este hombre está dando los primeros pasos en el camino de la *tabes dorsal* y para corroborar esta conclusión diagnóstica, ya tienden a aparecer ciertos *trastornos viscerales*: este hombre en efecto, experimenta ya *gran dificultad para orinar* echado, prueba que ya la musculatura de la *vejiga* se resiente de un principio de *impotencia*

Las *parálisis oculares* que en la *tabes* preceden las demás alteraciones, son, en el mayor número de casos, *fugaces*; otros veces persisten cuando no se interviene enérgica y oportunamente. Esto desgraciadamente ha ocurrido en este ejemplo; las parálisis desde que se instalaron han sido *definitivas*, siendo grande parte para que así suceda, la circunstancia de que este enfermo no ha tomado la más leve medida contra ellas y no es esta ciertamente una razón feliz, para augurar algo bueno en su favor. Estas parálisis, *abandonadas tanto tiempo*, amenazan *perdurar*, con grave perjuicio de la funcionalidad de sus ojos y mucho tememos que, apesar de todos nuestros esfuerzos, no consigamos gran cosa.

Mucho se ha discutido ultimamente, acerca del gran valor de algunos síntomas *tabéticos* y hasta se ha llegado a creer que podía fundarse este diagnóstico con uno sólo de esos síntomas; es lo que se llama el diagnóstico *mono-sintomático* de la *tabes*. Este asunto fué ampliamente discutido, en uno de los últimos congresos de neurología y el consenso dominante, como era natural suponerlo, fué que era imposible alcanzar esa perfección y que en todo caso no debía sacrificarse la exactitud, a un hipo de pretensión injustificada.

Felizmente en nuestro enfermo, hay suficiente número de documentos clínicos, que bastan para arraigar la convicción de que se trata de un *tabético indudable*.

Volviendo ahora, al accidente que motivó su ingreso en el hospital, se ha tratado de una *fractura fragmentaria espontánea* del hueso iliaco del lado izquierdo. Estas fracturas *espontáneas*, se ven con relativa frecuencia en la *tabes*, pero en un periodo avanzado y en los huesos largos. Y esto tiene realmente de interesante el caso que comentamos. Ha sido una *fractura espontánea, prematura y rara*, por su localización. No tendrán ustedes indudablemente la oportunidad de verla quizá otra vez en su vida. Por mi parte, es esta la primera que observo.

La *sífilis*, como ustedes saben, ataca mucho los huesos, engendrando en ellos dos géneros de lesiones: la *osteitis condensante*, que les imprime una consistencia durísima, es la *osteitis eburnea* y la os-

*teitis rarefaciente* que pone el hueso *deleznable* o «*fofo*» para emplear el término familiar y entonces, como ustedes comprenden, las *fracturas son muy fáciles*. Además no debe olvidarse que pueden también desarrollarse producciones *gomosas* que desorganizan también la trama osea y ocasionan las mismas fracturas. Por consiguiente pues, muy posible es que alguna de estas lesiones exista en el hueso iliaco de este hombre, que haya motivado la fractura *original* que hemos estudiado.

El pronóstico general de este enfermo, es, como puede suponerse, *bastante sombrío*, por que aún cuando hay muchas *tabes* que evolucionan con *gran lentitud* y otros *se detienen* en su curso, en términos generales y para un enfermo como este, que ha estado huérfano de toda medicación, tiene que ser *desdichado*.

Igual cosa cabe decir de las parálisis oculares, que han permanecido tanto tiempo abandonadas. Es más que *dudoso que podamos hacer algo por ellos*. Sin embargo debemos tentarlo.

Actualmente se le están haciendo inyecciones de *biyoduro de hidrargirio*. Pero cuando acabe su serie, me parece conveniente emplear el *salvarsan*, tal como lo ha recomendado *Leredde*.

Ya hemos tenido ocasión de usar este método en otro enfermo que todavía está en el servicio. Este sujeto estaba en un período muy avanzado de su enfermedad; apesar de esto se pudo notar algún alivio. Cuando no podía ni ponerse de pié, llegó a caminar *sólo* con el auxilio de un bastón. Pero en realidad, esta mejoría no duró mucho, porque después reaparecieron todos los trastornos. Este enfermo, no puede evidentemente servirnos de ejemplo, porque estaba en un período muy avanzado.

En vista de los pocos recursos que tenemos en manos, es justo que tratemos de volver a emplear este método, comenzando por las pequeñas dosis y aumentando hasta llegar a la dosis usual.

Como este enfermo debe quedar algún tiempo en el servicio, podremos apreciar el resultado del método y seguir paso a paso todos los detalles. (1)

---

(1) Este enfermo está actualmente en la Sala de San Roque, servicio de mi amigo el Dr. ARCE y su situación, después de cerca de tres años, concuerda con todas nuestras previsiones. La ataxia está ya muy avanzada, a punto que casi no puede caminar; hay casi incontinencia de orina; las parálisis oculares no han variado, de manera que pueden ya considerarse como definitivas. Nada se nota por el lado del hueso iliaco, en donde se realizó la fractura fragmentaria original, ya mencionada. Las fotografías adjuntas dan una idea de su condición objetiva.

Este pobre hombre está ya inválido para el trabajo, en vista de los grandes progresos de su *tabes*.